



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 06.09.2019**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und
intensivpflegerischer Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort	4
Außerklinische Intensivpflege und Schnittstelle zur Akutversorgung	4
Medizinische Rehabilitation	5
II. Stellungnahme zum Gesetz	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 37 – Häusliche Krankenpflege	8
§ 37c (neu) – Außerklinische Intensivpflege	10
§ 39 Abs. 1a Satz 6 (neu) – Krankenhausbehandlung	17
§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Mehrkostentragung durch die Versicherten)	19
§ 40 Abs. 3 Sätze 2 und 3 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation)	21
§ 40 Abs. 3 Satz 6 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Behandlungsdauer der geriatrischen Rehabilitation)	25
§ 40 Abs. 3 Satz 7 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer)	26
§ 40 Abs. 3 Satz 8 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (4–Jahres–Frist).....	27
§ 40 Abs. 3 Satz 12 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Berichtspflicht des GKV–Spitzenverbandes)	28
§ 41 Abs. 1 Satz 4 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	30
§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	31
§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	32
§ 111 Abs. 5 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Vorsorge– oder Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)	33
§ 111 Abs. 7 – Versorgungsverträge mit Vorsorge– oder Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen).....	35
§ 111a Abs. 1 Satz 2 – Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen	38
§ 111b – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge– und Rehabilitationseinrichtungen	40
§ 111b Abs. 6 – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge– und Rehabilitationseinrichtungen (Bundesschiedsstelle)	41
§ 111c Abs. 3 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)	42
§ 111c Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen).....	43
§ 112 Abs. 2 – Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung	

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	47
§ 132i – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	48
§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen.....	59
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	62
§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen.....	62
Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	63
§ 17 – Richtlinien der Pflegekassen	63
§ 82 – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	64
§ 84 – Bemessungsgrundsätze	65
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).....	67
§ 5 Abs. 3f (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen.....	67
§ 6 Abs. 2a Satz 5 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	68
§ 9 Abs. 1a – Vereinbarungsverfahren	69
Artikel 5 (Inkrafttreten)	71
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	72
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	72
§ 27 – Krankenbehandlung.....	72
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	73
§ 114 – Qualitätsprüfungen.....	73

I. Vorwort

Außerklinische Intensivpflege und Schnittstelle zur Akutversorgung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) trifft insbesondere Regelungen zu den Bereichen stationäre Versorgung, medizinische Rehabilitation und außerklinische Intensivpflege. Gerade im letztgenannten Leistungsbereich sind auf Grund des medizinisch-technischen Fortschrittes und von Fehlanreizen die Patientenzahlen sowie die Nachfrage nach Leistungen ambulanter Intensivpflege gestiegen. Mit der Zunahme außerklinisch beatmeter Patienten traten in Teilen eklatante Qualitätsdefizite deutlich zu Tage. Unter den derzeit gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind die vielfältigen Schnittstellenprobleme und Fehlanreize nicht aufzulösen.

Dieser schwierige Problemkomplex soll mit dem nun vorliegenden Referentenentwurf angegangen werden. Die Zielsetzungen, eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit intensivem Pflegebedarf sicherzustellen und Fehlsteuerungen im Versorgungsprozess zu beseitigen, werden ausdrücklich begrüßt. Dabei kann der mehrschichtige Ansatz aus unterschiedlichen Regelungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zum Abbau von Fehlanreizen und damit einhergehend zur Stärkung der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nachvollzogen werden. Bei der vorgesehenen Abgrenzung der unterschiedlichen intensivpflegerischen Versorgungssettings mit einem grundsätzlichen Vorrang der stationären Versorgung und der Versorgung in Wohneinheiten halten wir die vorgesehenen individuellen Zumutbarkeitsprüfungen im Zusammenhang mit dem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im häuslichen Bereich für nicht sachgerecht und nicht geeignet, um gleichgerichtete und möglichst konfliktfreie Entscheidungen herbeizuführen. Die gesetzliche Anspruchsnorm sollte deshalb an objektivierbaren Kriterien ansetzen und Versicherten einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie immer dann einräumen, wenn die medizinisch-pflegerische Versorgung in dieser Häuslichkeit sichergestellt ist.

In diesem Zusammenhang werden die noch zu vereinbarenden übergreifenden Rahmenempfehlungen auf Bundesebene über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als grundlegend positiv erachtet, weil die Empfehlungen zu einer einheitlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen können. Nicht zielführend ist jedoch die nähere Ausgestaltung des vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus zwischen den Verhandlungspartnern mit einer neu einzurichtenden Schiedsstelle. Die Schiedsstellenregelung mit der vorgesehenen Besetzung ermöglicht keinen angemessenen Interessenausgleich, da die Seite der Leistungserbringer zusammen mit den

Stimmen der Unparteiischen mehrheitlich ihre Interessen durchsetzen kann, aber umgekehrt keine Entscheidungen gegen das Veto der Leistungserbringer möglich sind.

Mit Blick auf vorliegende Hinweise auf nicht ausgeschöpfte Potenziale der Beatmungsentwöhnung (Weaningpotenziale) bei beatmungspflichtigen Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege ist die im Gesetzentwurf an der Schnittstelle von stationärer Akutversorgung und außerklinischer Intensivpflege vorgesehene strukturierte Prüfung des Entwöhnungspotenzials sinnvoll und notwendig. Gleiches gilt in Bezug auf die für die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege verpflichtend vorgesehene Kooperation mit qualifizierten Ärzten, die das Weaningpotenzial bei beatmeten Versicherten bedarfsgerecht überprüfen. Diese Strukturanforderung kann zu einer nachhaltig verbesserten Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten beitragen und im Ergebnis zu Qualitätsverbesserungen für die betroffenen Versicherten führen.

Im Rahmen der akutstationären Versorgung am Übergang zur außerklinischen Intensivpflege sieht der Entwurf verschiedene Anreiz- und Sanktionsmechanismen im stationären Vergütungssystem vor. Die Möglichkeit, über Zusatzentgelte die Beatmungsentwöhnung zu fördern, wird begrüßt, weil Anreize für eine frühe Verlegung in eine Weaningeinheit (Einheit zur Beatmungsentwöhnung) und gegen eine Langzeitbeatmung in einer Pflegewohngemeinschaft gesetzt werden. Die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung wird in diesem Kontext ebenfalls als richtig und wichtig erachtet. Die intendierte obligatorische Feststellung des Beatmungsstatus bei zu verlegenden oder zu entlassenden Beatmungspatienten sollte jedoch auf der Bundesebene nach gleichen Grundsätzen und Maßstäben erfolgen und nicht in den Landesverträgen nach § 112 SGB V geregelt werden.

Die geplante Ausnahme vom Verlegungsabschlag bei einer Verlegung in eine auf Beatmungsentwöhnung spezialisierte Klinik wird begrüßt. Allerdings wird der dafür vorgesehene Weg einer Verlegung über das Entlassmanagement als nicht zielführend angesehen, weil er auf eine generelle Abschaffung des Verlegungsabschlages und nicht auf eine Ausnahme für Patienten im Weaningversagen hinauslaufen würde. Es handelt sich zusammenfassend um Fehlanreize aus den Abrechnungsregeln des DRG-Systems, die folglich auch dort gelöst werden müssen.

Medizinische Rehabilitation

Im medizinischen wie pflegerischen Versorgungsgeschehen kommt der medizinischen Rehabilitation unter Teilhabeaspekten in allen Lebensphasen eine hohe Bedeutung zu, die unter den Bedingungen des demografischen Wandels weiter zunehmen wird. Die mit dem Referentenentwurf ver-

folgten Zielsetzungen eines möglichst schnellen und einfachen Zugangs zu Rehabilitationsleistungen werden geteilt und können nachvollzogen werden. Entscheidend dafür ist eine möglichst qualifizierte Verordnung. Dass die vertragsärztliche Verordnung von geriatrischen Rehabilitationsleistungen auf Basis einer Überprüfung der Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgen soll, kann ebenfalls nachvollzogen werden. Geeignete Instrumente könnten in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt werden.

Demgegenüber ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht, dass den Krankenkassen, die in diesem Bereich die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V tragen, eine Überprüfung der Erforderlichkeit der vertragsärztlich verordneten Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und damit der wesentlichen Anspruchsvoraussetzung zukünftig versagt werden soll. Durch diese Regelung würde eine Regelungslücke entstehen, da die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst durch das TSVG auch aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V herausgenommen wurde. Dies mit dem Argument, dass die Krankenkassen die Leistungen im Vorfeld genehmigen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben.

Rein vorsorglich für den Fall, dass an den Regelungen dennoch festgehalten werden soll, sei darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen nach dem vorgesehenen Gesetzeswortlaut zumindest prüfen müssen, ob der verordnende Vertragsarzt die geriatrische Indikation sachgerecht festgestellt hat. Hierzu ist es erforderlich, dass der Vertragsarzt das angewendete Abschätzungsinstrument der Verordnung beifügt.

Der Referentenentwurf sieht weiterhin vor, einheitliche Grundsätze für die Verträge zur Durchführung von Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation über noch zu erarbeitende Rahmenempfehlungen vorzugeben. Obschon dem offensichtlich das nicht zutreffende Grundverständnis zugrunde liegt, dass es in diesem Leistungsbereich weder im Bereich der Krankenversicherung noch rehabilitationsträgerübergreifend einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen gibt, ist die Zielsetzung, durch Rahmenempfehlungen auf Bundesebene für mehr Transparenz und einheitlichere Grundlagen zu sorgen, durchaus nachvollziehbar. Das Instrument der „verbindlichen Empfehlungen“ auf Bundesebene ist jedoch nicht geeignet. Damit regionale Versorgungsnotwendigkeiten und -bedarfe weiterhin angemessen berücksichtigt werden können, sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die Empfehlungen Grundsätze vorsehen, deren Inhalte in den regionalen Verträgen zugrunde zu legen sind.

Die geplante Regelung, wonach die Bezahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in Vorsorge- und

Reha-Einrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, entspricht den Regelungen in vielen anderen Vertragsbereichen. Auch in Anerkennung dieser Entwicklung sieht der GKV-Spitzenverband jedoch nicht die sich daraus ergebende Notwendigkeit einer vollständigen Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird daher abgelehnt. Dem Anliegen könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nur insoweit nicht gilt, als eine höhere Vergütungssteigerung durch die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen begründet ist.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 37 – Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf sog. außerklinische Intensivpflege soll aus der häuslichen Krankenpflege herausgelöst und in einer eigenständigen Vorschrift (§ 37c SGB V, siehe Artikel 1 Nr. 2) geregelt werden.

B) Stellungnahme

Die Ausgliederung der außerklinischen Intensivpflege aus der häuslichen Krankenpflege wird begrüßt (insoweit wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 verwiesen). Die beabsichtigte Folgeänderung in § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V ist sachgerecht. Dadurch soll die Abgrenzung der außerklinischen Intensivpflege zur häuslichen Krankenpflege geregelt werden. Die Regelungen, wann ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht, ergeben sich allerdings aus dem § 37c SGB V. Daher bedarf es im Gesetzeswortlaut keiner Konkretisierung, dass es sich um Versicherte mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege handelt. Dieser Satzteil sollte gestrichen werden.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit bedarf es einer weiteren Folgeänderung. Nach § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V erhalten Versicherte in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Damit enthält § 37 SGB V neben der bisherigen Regelung in § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Versorgung in stat. Pflegeeinrichtungen, die gestrichen werden soll, eine weitere Regelung zum Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Diese Regelung für Menschen mit Behinderung, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI leben, ist mit der beabsichtigten Herauslösung der außerklinischen Intensivpflege aus der häuslichen Krankenpflege nicht kompatibel. Sie kann ersatzlos gestrichen werden, da Menschen mit Behinderung, die einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben, der eine ständige Überwachung und Anwesenheit einer Pflegefachkraft erfordert, von der vorgesehenen Regelung zur außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V erfasst werden. Dies gilt auch für Fallgestaltungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI,

da diese unter den Begriff der sonstigen geeigneten Orte im Sinne des § 132i Abs. 5 Nr. 3 SGB V fallen. Würde hingegen neben den vorgesehenen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege an der Regelung des § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V festgehalten werden, wäre unklar, nach welchen Vorschriften sich der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI richtet.

Die vorgeschlagene Folgeänderung mit der Streichung des § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V betrifft lediglich den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für Menschen mit Behinderung in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI, die keinen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben, würde weiterhin nach den geltenden Regelungen bestehen. Danach fällt die Erbringung der einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege und ggf. darüber hinaus vertraglich vereinbarten Leistungen in die Verantwortung der Einrichtung.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

§ 37 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben.“

b) Abs. 2 Satz 8 wird gestrichen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37c (neu) – Außerklinische Intensivpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege soll in einem neuen § 37c SGB V geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll das Nähere in einer Richtlinie bis zum 30.06.2020 regeln.
- b) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege soll in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, oder in Wohneinheiten im Sinne des § 132i Abs. 5 Nr. 1 SGB V bestehen. Wenn die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder in einer Wohneinheit nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei der in diesem Zusammenhang erforderlichen Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. Bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar. Außerdem soll im Sinne eines Bestandsschutzes für Versicherte, die am Tag des Inkrafttretens des Gesetzes Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch nehmen, geregelt werden, dass die Unterbringung in einer Einrichtung für einen Zeitraum von maximal 36 Monaten als nicht zumutbar gilt.
- c) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI soll die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI sowie die notwendigen Investitionskosten umfassen. Per Satzungsregelung können die Krankenkassen bestimmen, dass sie auch die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI ganz oder teilweise übernehmen.
- d) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Wohneinheiten leben, sollen als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag (10 EUR pro Kalendertag), begrenzt auf die ersten 28 Tage, als Zuzahlung leisten. Wenn die Versorgung in der Häuslichkeit erfolgt, haben Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres den sich nach § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag (10 v.H. der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung) zu leisten.

B) Stellungnahme

Zu a)

Die Überführung der außerklinischen Intensivpflege in eine eigenständige Rechtsgrundlage wird ausdrücklich begrüßt. Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege werden insbesondere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege vom verordnenden Arzt an den Pflegedienst delegiert. Vor allem die Maßnahmen der Beatmungsentwöhnung (das sog. Weaning) stellen ärztliche Aufgaben dar und können deshalb ebenso wenig wie verpflichtende Kooperationen mit Fachärzten nicht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie geregelt werden, die insoweit ausschließlich Leistungen der pflegerischen Langzeitversorgung von Intensivpflegebedürftigen vorsieht. Insbesondere die von Fachgesellschaften vorgetragene Situation, dass viele Beatmungspatienten auch wieder von der Beatmung entwöhnt werden könnten, deutet darauf hin, dass dem in der aktuellen Versorgung nur unzureichend Rechnung getragen wird. Durch die nunmehr vorgesehenen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege und zu den Anforderungen an die Leistungserbringer (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14) wird sichergestellt, dass die außerklinische Intensivpflege auch über die rein pflegerische Versorgung hinausgehend ausgerichtet wird. Durch die Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege können eine qualitativ hochwertige und dabei wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet und zugleich fiskalische Fehlanreize beseitigt werden.

Die Voraussetzungen, unter denen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht, sollten allerdings aus Gründen der Normenklarheit unmittelbar im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung genannt werden. Dies entspricht der üblichen Gesetzssystematik (siehe z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V).

Die vorgesehene nähere Ausgestaltung des Leistungsanspruchs sowie der Anforderungen an die qualifizierte Verordnung und die Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer durch eine Richtlinie des G-BA ist sachgerecht und wird begrüßt. Sie trägt zur einheitlichen Umsetzung bei. Angesichts der notwendigen Entwicklung einer vollständig neuen Richtlinie, der ggf. erforderlichen Einbindung externer fachlicher Expertise und der vorgesehenen umfangreichen Stellungnahme- und Anhörungsrechte wird die Frist zur Abgabe der Richtlinie bis zum 30.06.2020 (voraussichtlich nur ein halbes Jahr Beratungszeit) als nicht angemessen eingeschätzt. Um eine praxisnahe Ausgestaltung der außerklinischen Intensivpflege unter Einbezug von fachlicher Expertise zu ermöglichen, ist eine Beratungszeit von mindestens einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes notwendig.

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gibt es nach § 37 Abs. 3 SGB V die Regelung, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur besteht, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege in der Häuslichkeit des Versicherten ist es entsprechend den aktuellen Erfahrungen vorstellbar, dass Angehörige die Versorgung in einem gewissen Umfang übernehmen möchten, da die ständige Anwesenheit einer fremden Person im Haushalt die familiäre Belastung weiter erhöhen kann. Bei der Versorgung von beatmungspflichtigen Kindern kommt es daher regelmäßig vor, dass die Eltern stundenweise die Versorgung übernehmen und ein Pflegedienst nur zu Tageszeiten (wenn die Eltern berufstätig sind) oder zu Nachtzeiten (zur Einhaltung der Nachtruhe) in den Haushalt kommt und die Versorgung übernimmt. Eine analoge Regelung ist deshalb auch bei der neuen Spezialnorm des § 37c SGB V notwendig. Daher regen wir eine entsprechende Ergänzung analog des § 37 Abs. 3 SGB V an.

Zu b)

Die außerklinische Intensivpflege ist eine sehr personalintensive Versorgungsform. Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kann es aufgrund des Krankheitsbildes jederzeit zu unvorhergesehenen lebensbedrohlichen Veränderungen der Vitalfunktionen kommen. Daher ist die ständige Anwesenheit einer qualifizierten Pflegefachkraft im Sinne einer Interventionsbereitschaft notwendig, um im Notfall geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Diese Pflegefachkräfte benötigen bei der Versorgung von beatmungspflichtigen und tracheotomierten Versicherten neben ihrer pflegerischen Grundausbildung eine Zusatzqualifikation im Bereich der außerklinischen Beatmung und eine ausreichende einschlägige Berufserfahrung, um bei lebensbedrohlichen Situationen alleinverantwortlich die notwendigen Maßnahmen ergreifen zu können.

Wie in der Begründung des Referentenentwurfs zutreffend dargestellt wird, ist die Organisation der außerklinischen Intensivpflege gerade als 1:1-Versorgung in der Häuslichkeit vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachkräfte, der zunehmenden Fallzahlen und des Fachkräftemangels herausfordernd. Dies kann örtlich zu Versorgungsengpässen und auch zu Fehlentwicklungen wie dem dargestellten Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals und in der Folge ggf. zu Abrechnungsbetrug führen. Hinzu kommen Fehlanreize durch unterschiedliche finanzielle Belastungen der Versicherten, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär versorgt werden. Vor diesem Hintergrund kann der im Referentenentwurf gewählte Ansatz aus verschiedenen Regelungen zur Verbesserung der

Versorgungsqualität, zum Abbau von Fehlanreizen und damit einhergehend zur Stärkung der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nachvollzogen werden.

Bei einem grundsätzlichen Vorrang der stationären Versorgung bzw. der Versorgung in Wohneinheiten sieht der Referentenentwurf für Fallgestaltungen, in denen eine solche Versorgung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, eine außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort vor. Nach dem Gesetzeswortlaut sind in die Zumutbarkeitsprüfung die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen einzubeziehen. Damit wird eine einzelfallbezogene Prüfung erforderlich. In der Begründung zum Referentenentwurf wird insoweit lediglich auf die vorgesehene gesetzliche Regelung Bezug genommen, nach der für minderjährige Versicherte eine Versorgung außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie nicht zumutbar ist. Die damit verbundene individuelle Zumutbarkeitsprüfung setzt an rein subjektiven persönlichen und familiären Aspekten mit der Folge an, dass eine einheitliche Rechtsanwendung durch die Krankenkassen erschwert würde. Solche Zumutbarkeitsprüfungen müssten die individuell auch aus der Betroffenenperspektive sicherlich unterschiedlich bewerteten Lebenssituationen und Umfeldbedingungen nach möglichst objektiven, einheitlichen Maßstäben in die Leistungsentscheidungen einbeziehen, was in der praktischen Umsetzung an Grenzen stoßen und nicht konfliktfrei lösbar sein wird. Von daher halten wir die vorgesehenen Zumutbarkeitsprüfungen für nicht geeignet, in einheitlicher Verwaltungspraxis angemessene Abwägungen zwischen den Interessen der betroffenen Versicherten und der Versichertengemeinschaft insgesamt herbeizuführen. Dies erfordert Anspruchsnormen mit objektivierbaren Maßstäben.

Wir schlagen deshalb vor, den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im häuslichen Bereich daran zu knüpfen, dass die erforderliche medizinisch-pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit sichergestellt ist. Dies setzt insbesondere voraus, dass

- die räumlichen Verhältnisse und sonstigen Umfeldbedingungen eine zuverlässige und bedarfsgerechte Versorgung durch Leistungserbringer nach § 132i Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V n.F. ermöglichen und
- die Versicherten und ihre Angehörigen durch die Versorgung in der Häuslichkeit nicht physisch oder psychisch überfordert werden.

Zu c)

Die beabsichtigten Regelungen, dass Krankenkassen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen unter Anrechnung des

Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI sowie die notwendigen Investitionskosten übernehmen, kann insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Abbaus von rein fiskalischen Fehlansätzen für eine ambulante Versorgung nachvollzogen werden. Nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen ist die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen durch das Zusammenreffen von betragsmäßig begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung und ergänzenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege mit höheren Eigenbelastungen für die Versicherten verbunden als die ambulante Versorgung. Dieser finanzielle Nachteil der stationären Versorgung wird durch die geplanten Regelungen beseitigt. Dass dabei – ähnlich wie bei der stationären Hospizversorgung – der Leistungsanteil der Pflegeversicherung auf die Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI begrenzt und der Versicherte insoweit nicht mit Aufwendungen für weitergehende pflegerische Leistungen belastet wird, ist der besonderen Versorgungssituation der außerklinischen Intensivpflege geschuldet und insoweit sachgerecht. Die Möglichkeit der Krankenkassen, durch Satzungsregelungen auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in vollstationären Einrichtungen zu übernehmen, erhöht den Handlungsspielraum der Krankenkassen.

Zu d)

Nach den vorgesehenen Regelungen soll der Grundsatz der Zuzahlungspflicht von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zur Anwendung kommen. Die geplante Zuzahlung für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 10 EUR am Tag, längstens für 28 Kalendertage, entspricht der Systematik des § 61 SGB V. Jedoch sollte die Zuzahlungsregelung für die Versorgung in Wohneinheiten analog der Zuzahlungsregelung für die außerklinische häusliche Intensivpflege nach § 61 Satz 3 SGB V erfolgen, wonach 10 EUR je Verordnung und 10 % der Kosten als Zuzahlung zu leisten sind. Da es sich bei der Versorgung in Wohneinheiten im Sinne von § 132i Abs. 5 Nr. 1 SGB V rechtlich nicht um eine stationäre Versorgung handelt, sollten auch die Zuzahlungsregelungen aus dem ambulanten Bereich herangezogen werden.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

§ 37c Abs. 1 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige medizinisch-pflegerische Interventionen bei lebensbedrohlicher Situation täglich erforderlich sind und die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im

Voraus bestimmt werden können, so dass eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft medizinisch erforderlich ist, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum ~~30. Juni 2020~~ [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften Monats des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der Häuslichkeit nach Absatz 2 Satz 2 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

§ 37c Abs. 2 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Abs. 5 Nummer 1. ~~Er besteht Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden, wenn die medizinisch-pflegerische Versorgung an diesem Ort sichergestellt ist. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen; bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gilt die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 1 auch für solche Versicherte als nicht zumutbar, die am ... [einfügen: Tag des Inkrafttretens] Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch genommen haben.~~

§ 37c Abs. 4 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 2 versorgt werden, leisten als Zuzahlung den sich

nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungs-
inanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. In den Fällen der Versorgung durch
Leistungserbringer nach § 132i Absatz 5 Nummer 1 und 3 des Absatzes 2 Satz 2 leisten Ver-
sicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung abweichend hiervon den sich
nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 39 Abs. 1a Satz 6 (neu) – Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung soll im Rahmen des Entlassmanagements ein Krankenhaus die erforderliche Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können.

B) Stellungnahme

Die geplante Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch das entlassende Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements soll der Ausnahme vom Verlegungsabschlag bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer dienen.

Diese Änderung kommt einer nachvollziehbaren Forderung der Fachgesellschaften nach, deren Ziel es ist, schädliche Anreize zu vermeiden. Denn bisher müssen Krankenhäuser, die beatmete Patienten zur Entwöhnung in eine Spezialklinik verlegen, Verlegungsabschläge hinnehmen, während bei Entlassung in eine Beatmungs-WG kein Verlegungsabschlag anfällt. Viele langzeitbeatmete Patienten könnten von einer weiteren Behandlung in Weaningeinheiten profitieren:

„Bei sehr komplexem prolongierten Weaningprozess gelingt es in spezialisierten Weaningzentren/-einheiten in ca. 50 % der Fälle doch noch, ein Weaningversagen abzuwenden.“ (Leitlinie AWMF S2-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“)

Die Intention wird daher begrüßt, der dafür vorgesehene Weg ist jedoch nicht systemkonform und wird deshalb abgelehnt. Verlegungen zwischen Krankenhäusern sind keine Entlassungen, bedürfen also keiner Integration in das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V.

Die vorgeschlagene Regelung würde zudem die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Entlassmanagement nicht auf Beatmungspatienten einschränken. Sie würde damit generell strategieanfällig, weil sich Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements bei allen Fällen, nicht nur bei Langzeitbeatmeten, vom Verlegungsabschlag ausnehmen könnten. Um die faktische Abschaffung des Verlegungsabschlages zu vermeiden und gleichzeitig erforderliche Verlegungen in Weaningeinheiten zu fördern, ist vielmehr eine Lösung im DRG-System zu schaffen. Hier bietet sich eine gezielte Ausnahme von den Verlegungsabschlägen durch eine Anpassung der Regelungen in § 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) für Fälle an, bei denen ein geeigneter OPS-Code kodiert wurde (vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 12).

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung in § 39 Abs. 1a SGB V ist zu streichen.

Eine Regelung über den Verlegungsabschlag wird in den Änderungen zu § 9 Abs. 1a KHEntgG ergänzt (vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 3).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Mehrkostentragung durch die Versicherten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, als die von der Krankenkasse nach Berücksichtigung des angemessenen Wunsch- und Wahlrechts vorgesehen, sollen die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht mehr wie bisher vollständig, sondern nur noch zur Hälfte tragen. Die verbleibenden Mehrkosten sollen durch die Krankenkasse übernommen werden.

B) Stellungnahme

Nach der aktuellen gesetzlichen Regelung haben die Krankenkassen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung die berechtigten Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen. Grundsätzlich muss jedoch die Rehabilitationseinrichtung für die jeweilige Indikation des Rehabilitanden geeignet sein. Bei der Entscheidung über das Wunsch- und Wahlrecht wird unter Berücksichtigung der Regelungen des § 8 SGB IX auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Mehrkosten durch die Versicherten sind daher nur dann zu tragen, wenn für die Auswahl einer anderen Einrichtung kein ausreichender Grund vorliegt. Mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung, wonach entstehende Mehrkosten, die nicht vom Wunsch- und Wahlrecht gedeckt sind, nur noch zur Hälfte durch die Versicherten zu tragen sind, soll ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf das „freie“ Wahlrecht der Versicherten bei einer stationären Rehabilitation gestärkt werden. Diese Regelung ist nicht konsistent, da einerseits auf das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX hingewiesen würde, nach dem – wie für alle anderen Rehabilitationsträger auch – nur berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen ist, andererseits aber in der Konsequenz ein „freies“ Wahlrecht eingeräumt würde, das die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung mit Mehrkosten belastet. Neben der dargestellten widersprüchlichen Ausgestaltung der Vorschrift selbst würde dies auch dem ansonsten durch die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Leistungen zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V widersprechen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 4 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 40 Abs. 3 Sätze 2 und 3 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation soll nicht mehr durch die Krankenkasse überprüft werden, sofern der Vertragsarzt geeignete Abschätzungsinstrumente für die Überprüfung der geriatrischen Indikation eingesetzt hat.

Des Weiteren soll die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in allen anderen Fällen, also bei nicht-geriatrischen Rehabilitationsleistungen, hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK abweichen können.

B) Stellungnahme

Die mit der beabsichtigten Regelung verbundenen Zielsetzungen der Stärkung der geriatrischen Rehabilitation und des schnellen Zugangs zu diesen Leistungen sind insbesondere vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft nachvollziehbar. Den Krankenkassen in diesen Fällen die Überprüfung der medizinischen Indikation zu untersagen, ist jedoch nicht sachgerecht. Nach den aktuellen und insoweit auch von den vorgesehenen Änderungen nicht tangierten gesetzlichen Regelungen tragen die Krankenkassen die Verantwortung dafür, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 12 SGB V). Von daher müssen die Krankenkassen auch die Möglichkeit haben, die Indikationsstellung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu überprüfen. Entscheidend für eine sachgerechte und schnelle Leistungsentscheidung ist eine qualifizierte vertragsärztliche Verordnung, zu der geeignete Abschätzungsinstrumente sicherlich beitragen können. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese allein – entgegen der dem vorgesehenen Gesetzeswortlaut offensichtlich zugrundeliegenden Annahme – nicht ausreichend sind, um die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose qualifiziert einzuschätzen sowie realistische Rehabilitationsziele zu formulieren. Neben den Informationen bzw. Ergebnissen aus den Abschätzungsinstrumenten sind somit weitere, individuelle Bewertungen zur Stellung der Reha-

bilitationsindikation erforderlich, die einer Überprüfung durch die Krankenkassen nicht entzogen werden sollten. Vor diesem Hintergrund werden die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen abgelehnt.

Sofern dennoch an den vorgesehenen Änderungen festgehalten wird, sind die nachfolgenden Änderungen erforderlich.

Der im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur geriatrischen Rehabilitation durch den Vertragsarzt geforderte Einsatz von Abschätzungsinstrumenten wird weder in der beabsichtigten gesetzlichen Regelung noch in der Gesetzesbegründung konkretisiert. Um eine einheitliche Umsetzung der beabsichtigten Regelung zu gewährleisten, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) entsprechende Regelungen treffen. Hier sind einheitliche Vorgaben zum Einsatz und zu den konkret zur Auswahl stehenden Abschätzungsinstrumenten sowie zu deren Bedeutung im Rahmen der umfassenden Indikationsstellung festzulegen.

Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ist nach der vorgesehenen gesetzlichen Regelung die vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation. Die Krankenkasse kann das Vorliegen dieser Voraussetzung nur überprüfen, wenn ihr zur Ergänzung der vertragsärztlichen Verordnung das angewendete Abschätzungsinstrument mit der Verordnung übermittelt wird. Dies sollte im Gesetzeswortlaut ergänzt werden.

Die beabsichtigte gesetzliche Änderung, dass die Krankenkasse bei einer vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation „in allen anderen Fällen“ von der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme abweichen kann, ist nicht erforderlich. Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vor, dass die Krankenkassen die Notwendigkeit u.a. der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Stichproben durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen müssen. Die dazu ergangene „Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V“ (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) vom 02.07.2008 enthält Regelungen zur Häufigkeit und zum Anlass einer gutachterlichen Stellungnahme zu Anträgen von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. Danach sind die Krankenkassen unabhängig von den Regelungen zur Prüfung in Stichproben verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Danach beauftragen die Krankenkassen bereits heute den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme, wenn sie Zweifel an der medizinischen Erforderlichkeit haben. Sofern bei der Leistungsentscheidung

der Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen wird, basiert dies deshalb auf einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK.

Wie oben ausgeführt, tragen die Krankenkassen nach der aktuellen gesetzlichen Regelung die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde vor diesem Hintergrund § 106b Abs. 4 Nr. 3 SGB V dahingehend geändert, dass ärztliche Verordnungen von Behandlungen in Vor- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte unterliegen. Dies wurde damit begründet, dass die Krankenkassen die Maßnahmen im Vorfeld genehmigen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben. Wenn nun mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung weder die Krankenkassen die Erforderlichkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation überprüfen dürfen noch die Verordnungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V unterliegen, entsteht insoweit eine Regelungslücke. Insofern sind die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V im Hinblick auf die geplante Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V wieder auf die Verordnungen entsprechender Rehabilitationsleistungen zu erstrecken.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa) ist zu streichen.

Sofern an der vorgesehenen Änderung in Artikel 1 Nr. 4 b) Doppelbuchstabe aa) festgehalten wird, bedarf es folgender Anpassungen:

In Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) wird Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente, die der vertragsärztlichen Verordnung bei der Übermittlung an die Krankenkasse beizufügen sind.“

In Artikel 1 Nr. 4 werden folgende Buchstaben ergänzt:

c) § 92 Abs. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Folgender Satz wird angefügt:

„In den Richtlinien sind ferner die Auswahl und der Einsatz der Abschätzungsinstrumente in Fällen des § 40 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 zu regeln.“

d) § 106b SGB V wird wie folgt geändert:

In Abs. 4 Nr. 3 werden hinter der Ziffer „7“ die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2“ eingefügt.

e) § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Im ersten Halbsatz werden die Wörter „nach den §§ 23, 24, 40 und 41“ durch die Wörter „nach den §§ 23, 24, 41 sowie 40 mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 40 Abs. 3 Satz 6 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Behandlungsdauer der geriatrischen Rehabilitation)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung zur Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen soll für die geriatrische Rehabilitation insofern weiter gefasst werden, dass diese Leistungen zukünftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage (vorher: längstens für) oder stationär für drei Wochen (vorher: längstens für) erbracht werden sollen.

B) Stellungnahme

Der beabsichtigten Änderung bedarf es nicht, da die aktuellen Regelungen mit längstens 20 Behandlungstagen bzw. 3 Wochen den notwendigen Rahmen für bedarfsgerechte Leistungen geben und geriatrische Rehabilitationsleistungen in der Regel für 20 Behandlungstage bzw. 3 Wochen erbracht werden. Des Weiteren sollte sich die Behandlungsdauer grundsätzlich nach der medizinischen Indikation und Notwendigkeit richten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 40 Abs. 3 Satz 7 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Neueinfügung der Sätze 2 und 3 in Abs. 3 wird im neuen Satz 7 die Angabe „Satz 4“ durch „Satz 6“ und im Satz neuen Satz 11 die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd)

§ 40 Abs. 3 Satz 8 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (4-Jahres-Frist)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass eine Leistung zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren wiederholt werden kann, sofern nicht medizinische Gründe eine vorzeitige Maßnahme erforderlich machen, soll nur noch für Versicherte gelten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr soll dieser Grundsatz aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Der Wegfall der formalen Vier-Jahresfrist für eine Wiederholungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche ist nachvollziehbar. Dies entspricht den Zielen der Kinder- und Jugendgesundheit und trägt den besonderen Belangen des Kindes- und Jugendalters Rechnung. Zugleich erfolgt damit eine Angleichung an die Regelungen der Rentenversicherung im SGB VI, was vor dem Hintergrund der gleichrangigen Zuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung begrüßt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ee)

§ 40 Abs. 3 Satz 12 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine einmalige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Erfahrungen mit dem Wegfall der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen bei vertragsärztlichen Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation vorgesehen werden. Der Bericht soll auch die Bearbeitungsdauer bei den Krankenkassen in diesem Bereich berücksichtigen und über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2021 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Zum beabsichtigten Wegfall der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen bei vertragsärztlichen Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa).

Sofern an den vorgesehenen Änderungen bei der Entscheidung der Krankenkasse über eine aus dem vertragsärztlichen Bereich verordnete Leistung zur geriatrischen Rehabilitation festgehalten wird, ist die Erstellung eines Erfahrungsberichtes grundsätzlich nachvollziehbar. Offen bleiben allerdings die Intention und damit verbundene inhaltliche Ausrichtung des Berichtes. Es ist unklar, ob ein allein quantitativer Zahlenbericht oder darüberhinausgehend qualitative Bewertungen zu den Erfahrungen abgegeben werden sollen. Bei einer ausschließlich quantitativen Berichterstellung würde lediglich die Entwicklung der Antragszahlen und die Bearbeitungsdauer dargestellt werden können. Inhaltlich qualitative Aussagen zu den für die Leistung zur geriatrischen Rehabilitation vorgenommenen Verordnungen sowie den erfolgten Assessments würden nicht umfasst. Eine qualitative Ausrichtung des Berichtes würde eine aufwändige Beurteilung der Verordnungsqualität unter Berücksichtigung der Abschätzungsinstrumente und ggf. der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen erfordern und müsste wissenschaftlichen Standards genügen. Dafür müssten einzelfallbezogene Unterlagen anonymisiert zur Verfügung gestellt und ggf. unter Einbindung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ausgewertet werden. Eine ausschließlich quantitative Berichterstellung wird keine validen Handlungsempfehlungen generieren. Vor diesem Hintergrund sollte das gesetzlich Gewollte konkretisiert werden.

Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die bei der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation zu Anwendung kommenden Assessments nur einheitlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Rehabilitations-Richtlinie bestimmt werden sollten. Daher ist der Zeitpunkt der Vorlage des Berichtes in Abhängigkeit vom Inkrafttreten der angepassten Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und der vorgenannten inhaltlichen Ausrichtung zu bestimmen.

C) Änderungsvorschlag

Ein möglicher inhaltlicher Änderungsbedarf steht in Abhängigkeit von der Konkretisierung der Anforderungen an den Bericht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 41 Abs. 1 Satz 4 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 41 SGB V soll eine aktuell nicht zutreffende Verweisung korrigiert werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung stellt eine korrekte Verweisung sicher.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 soll um die außerklinische Intensivpflege ergänzt werden.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung bewirkt, dass die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung wird. Dies ist vor dem Hintergrund des neuen § 37c SGB V sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 soll um die außerklinische Intensivpflege ergänzt werden. Außerdem ist den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen sowie den für die Wahrnehmung der Interessen von ambulanten Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

B) Stellungnahme

Bei der geplanten Änderung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung vor dem Hintergrund des neuen § 37c Abs. 1 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere u.a. zur Verordnung und zum Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege in einer Richtlinie bestimmen soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 111 Abs. 5 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V soll nicht für die Vereinbarungen von Vergütungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation gelten. Die Bezahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichem Arbeitsrecht soll nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung des Referentenentwurfs soll die Außerkraftsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität des § 71 SGB V die o.g. Einrichtungen in die Lage versetzen, durch höhere Vergütungen Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen. Ferner wird klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Beschränkung von Vergütungserhöhungen auf die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ist eine wichtige Regelung zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen. Allerdings sieht § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits in seiner aktuellen Fassung die Möglichkeit der Überschreitung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bei Vergütungsvereinbarungen vor, wenn dies zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung erforderlich ist. Von dieser Ausnahmeregelung wird in der Praxis auch Gebrauch gemacht. Wenn es im Zusammenhang mit der geplanten gesetzlichen Klarstellung, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, politisch als notwendig erachtet wird, über die in § 71 Abs. 1 SGB V bereits vorgesehenen Ausnahmeregelungen hinaus weitere Regelungen vorzusehen, bedarf dies nicht der vollständigen Aufgabe der Geltung

des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Dem Anliegen könnte vielmehr durch eine Regelung ausreichend Rechnung getragen werden, dass „insoweit“ der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gilt (siehe die vergleichbare Regelung in § 132a Abs. 4 Satz 7 SGB V bezüglich der Vereinbarung von Vergütungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege).

Die in diesem Kontext vorgesehene Regelung zum Nachweis der Zahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen wird begrüßt. Allerdings sollte in der Regelung die Formulierung „Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers“ abgeändert werden in „Auf Verlangen der Krankenkasse“, da hier ausschließlich die Krankenkassen (und nicht nur als Rehabilitationsträger) Vertragspartner sind. Ferner wird angeregt, die Grundsätze des Nachweisverfahrens als Bestandteil der Rahmenempfehlungen nach § 111 Abs. 7 SGB V zu ergänzen (siehe Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 8 Buchstabe b)).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass bei der Abwägung der als erforderlich angesehenen Maßnahmen, auch mögliche Fehlanreize zu bedenken sind. So könnten die vorgesehenen Regelungen die Tarifparteien dazu verleiten, höhere Tarifabschlüsse zu vereinbaren als sonst üblich, weil eine Refinanzierung zu Lasten der Beitragszahler vorgesehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Sofern an der Aufweichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgehalten wird, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 111 Abs. 7 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf den Inhalt, den Umfang und die Qualität der Leistungen sowie auf die Vergütungsverträge zu angemessenen und leistungsgerechten Vergütungen erstrecken.

Kommen die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die nach § 111b Abs. 6 SGB V neu einzurichtende Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen anrufen. Diese setzt den betreffenden Rahmenvertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung zum Referentenentwurf wird es als kritisch betrachtet, dass es für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen gibt. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen sowie einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen, soll geregelt werden, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen. Zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung sei eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Diese Anliegen können grundsätzlich nachvollzogen werden, allerdings sind die nachfolgenden Aspekte zu berücksichtigen.

Die Rehabilitationsträger sind seit Jahren aktiv darum bemüht, möglichst einheitliche Strukturvorgaben für die Versorgungsverträge zu schaffen. So bilden die gemeinsamen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene abgestimmten Strukturkriterien des QS-Reha[®]-Verfahrens einen einheitlichen Bezugsrahmen

für die strukturellen Anforderungen an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Es gibt differenzierte Kriterienkataloge für 11 unterschiedliche Indikationen. Darüber hinaus sind trägerübergreifend folgende Rahmenempfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) abgestimmt worden, die zugleich auch für den Bereich der stationären Rehabilitation als Orientierung dienen sollen:

- Ambulante pneumologische Rehabilitation
- Ambulante neurologische Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen
- Ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Ambulante onkologische Rehabilitation
- Ambulante dermatologische Rehabilitation
- Ambulante kardiologische Rehabilitation

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation, der primär für die GKV bedeutsam ist, haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation herausgegeben.

Für die Vergütung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gibt es auf der Bundesebene bisher keine Empfehlungen, zumal die Vergütungen nach § 111 Abs. 5 SGB V nicht auf Ebene der Landesverbände der Krankenkassen, sondern zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen zu vereinbaren sind. Dabei sind u. a. Tagessätze, differenzierte Fallpauschalen sowie Zuschläge für besondere Aufwendungen vereinbart. Die Vertragspartner der Vergütungsverträge haben also für die jeweiligen landesbezogenen oder regionalen Besonderheiten und die dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Aufwendungen jeweils geeignet erscheinende Lösungen gefunden. Insofern bedarf es einer Konkretisierung, welche Ziele mit der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen angestrebt werden und welche Wirkung von den „verbindlichen Empfehlungen“ ausgehen soll. Vor diesem Hintergrund sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass die Partner der Bundesrahmenempfehlungen nur Empfehlungen zu Grundsätzen der Vergütungen und ihrer Strukturen geben. Ferner sollte auf den nicht konsistenten Begriff der „verbindlichen Empfehlungen“ verzichtet und zum Ausdruck gebracht werden, dass die Inhalte der Rahmenempfehlungen in den Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach § 111 Abs. 2 und 5 SGB V zugrunde zu legen sind.

Die vorgeschlagenen Regelungen können dazu beitragen, einen versichertenorientierten Vertragswettbewerb zu stärken. Es sind dazu jedoch Anpassungen notwendig. Zentral ist zu berücksichtigen, dass Versorgung immer regional gestaltet werden muss und nicht bundesein-

heitlich entworfen werden kann. Das gilt insbesondere für den Rehabilitationsbereich, der regional sehr unterschiedlich aufgestellt ist. Das gilt beispielsweise hinsichtlich der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei der neurologischen und geriatrischen Versorgung. Ähnliche Unterschiede bestehen im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung und ihren regionalen Zuständigkeiten. Die Versorgung ist daher gerade in der Rehabilitation zwingend durch regionale Verträge zu gestalten.

Wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a) angeregt, sollte darüber hinaus ergänzt werden, dass die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach § 111 Abs. 5 Satz 3 SGB V in den Rahmenempfehlungen zu regeln sind.

Grundsätzlich ist die Einführung einer Schiedsstellenentscheidung nach § 111b Abs. 6 SGB V als Konfliktlösungsmechanismus zu begrüßen, um Verhandlungsblockaden zu überwinden. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 8 wird Buchstabe b) wie folgt gefasst (Änderungen unterstrichen).

b) Folgender Abs. 7 wird angefügt.

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren in verbindliche Rahmenempfehlungen das Nähere für Versorgungsverträge nach Absatz 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1 und Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen sowie die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 3 für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind in den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 111a Abs. 1 Satz 2 – Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung nach § 111 Abs. 7 SGB V zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene soll auch für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen gelten. Auch mit dem Müttergenesungswerk und den Verbänden, die die Interessen gleichartiger Einrichtungen vertreten, sind entsprechende Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Im Falle einer Nichteinigung sind diese Rahmenempfehlungen von der neu einzurichtenden Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 SGB V festzusetzen.

B) Stellungnahme

Zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zum Inhalt, Umfang und zur Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder vergleichbarer Einrichtungen gelten sinngemäß die gleichen Anmerkungen wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass im Jahre 2001

- a) Anforderungsprofile für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V und
- b) Anforderungsprofile für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V

mit dem Müttergenesungswerk (MGW) und dem Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK) vereinbart wurden. Diese Anforderungsprofile sind so ausgelegt, dass die Anforderungen an die Strukturqualität unter Berücksichtigung des besonderen Versorgungsauftrages die betroffenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht überfordern.

Nach intensiven Verhandlungen in den Jahren 2018 - 2019 hat der Gemeinsame Ausschuss der Vertragspartner nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V (QS-Reha®-Verfahren) eine aktualisierte Fassung des Strukturkriterienkataloges für Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen beschlossen. Diese Kriterien werden ab 2021 in Kraft treten. Bei den Verhandlungen hat sich gezeigt, dass für die Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen ein Festhalten an den in den Anforderungsprofilen festgelegten Leistungsbedingungen von hoher Wichtigkeit war. Deshalb besteht für den

Versorgungsbereich der Mutter/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitation kein Regelungsbedarf.

Sollte gleichwohl an den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen festgehalten werden, gelten durch die Verweisregelung auf § 111 Abs. 7 n.F. die gleichen Anmerkungen wie zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b).

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe a)

§ 111b – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift soll aufgrund beabsichtigter Neuregelungen redaktionell angepasst werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe b)

§ 111b Abs. 6 – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Bundesschiedsstelle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen eine gemeinsame Schiedsstelle einrichten. Diese soll im Falle einer Nichteinigung über die Rahmenempfehlungen für die stationäre Rehabilitation nach § 111 Abs. 7 SGB V und für die ambulante Rehabilitation nach § 111c Abs. 5 SGBV die Inhalte der Rahmenempfehlungen festsetzen. Die Schiedsstelle soll sich aus Vertretern der Krankenkassen und den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammensetzen. Über den Vorsitzenden und die zwei unparteiischen Mitglieder sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, soll die Bestellung nach vorheriger Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgen. Das BMG soll durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen sowie weitere Einzelheiten regeln. Durch Verweise auf § 129 Abs. 9 und 10 Satz 1 SGB V soll das Abstimmungsverfahren der Schiedsstelle sowie die Aufsichtsführung des BMG über die Schiedsstelle geregelt werden.

B) Stellungnahme

Sollte es bei den im Referentenentwurf vorgesehenen verbindlichen Rahmenempfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge in den §§ 111, 111a und 111c SGB V bleiben, wird ein Konfliktlösungsmechanismus zur Überwindung von Verhandlungsblockaden notwendig. Daher wird die vorgesehene Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen begrüßt. Die Besetzung der Schiedsstelle aus Vertretern der Krankenkassen und der Verbände der Leistungserbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern wird als angemessen und ausgewogen bewertet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 111c Abs. 3 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V soll für die Vergütungsvereinbarungen der Krankenkassen mit den Trägern der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht gelten. Die Bezahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichem Arbeitsrecht soll nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Sofern an der Aufweichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgehalten wird, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:

„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe b)

§ 111c Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringung von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf den Inhalt, den Umfang und die Qualität der Leistungen sowie auf die Vergütungsverträge zu angemessenen und leistungsgerechten Vergütungen erstrecken.

Kommen die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, sollen die Rahmenempfehlungspartner die nach § 111b Abs. 6 SGB V neu einzurichtende Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen anrufen. Diese soll den betreffenden Rahmenvertragsinhalt innerhalb von drei Monaten festsetzen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 11 wird Buchstabe b) wie folgt gefasst (Änderungen unterstrichen).

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt.

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren in verbindliche Rahmenempfehlungen das Nähere für Versorgungsverträge nach Absatz 1 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1 und Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen sowie die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 3 für Vergütungsverträge nach Absatz 3 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind in den Versorgungsverträgen nach Abs. 1

und den Vergütungsverträgen nach Abs. 3 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 12 Buchstabe a)

§ 112 Abs. 2 – Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V vereinbaren, dass vor Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine „qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus“ zu erfolgen hat.

B) Stellungnahme

Um ein zeitnahes Fallmanagement der schwierigen und vulnerablen Patientengruppe der Beatmungspatienten zu gewährleisten, ist eine Einschätzung des Beatmungsstatus durch einen geeigneten Arzt bei Entlassung und Verlegung wichtig und wird begrüßt.

Es stellt sich aber die Frage, welche Facharztqualifikation geeignet ist, eine „qualifizierte Feststellung“ zu treffen. In der Gesetzesbegründung zu den Änderungen in § 37c SGB V (neu) werden hier „insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ genannt (vgl. Artikel 1 Nr. 2). In diesen Facharztgruppen stehen laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer weniger als Tausend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Zu den für die Feststellung des Beatmungsstatus qualifizierten Fachärzten sollten zumindest auch Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin zählen, um eine ausreichende Anzahl geeigneter Fachärzte sicherzustellen.

Für die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten sieht der Entwurf eine Regelung in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in den Ländern vor. Diese Regelung wird abgelehnt. Die Änderung der Landesverträge ist langwierig und es wird, sofern es überhaupt zu einer Änderung kommt, zu vielen oft unterschiedlichen landestypischen Lösungen führen, die nicht beabsichtigt sein können. Die Zunahme der außerklinischen Beatmung ist, zum Teil, eine unerwünschte Wirkung des bundesweiten DRG-Systems. Deshalb muss auch eine bundeseinheitliche Lösung im DRG-System geschaffen werden.

Die intendierte Feststellung des Beatmungsstatus bei zu verlegenden oder zu entlassenden Beatmungspatienten sollte konkret über eine umfassende Veränderung des OPS-Kodes

8-716 (Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung) bundeseinheitlich geregelt werden. Dieser OPS-Kode muss Mindestmerkmale wie die Qualifikation des feststellenden Arztes enthalten. Dieser OPS-Kode ist dann verpflichtend zu kodieren bei Patienten, die beatmet entlassen oder verlegt wurden oder die stundenweise vor der Entlassung oder Verlegung noch eine Beatmung erhalten haben.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung in § 112 Abs. 2 SGB V ist zu streichen.

§ 17b Abs. 1 KHG wird um folgenden Satz 13 ergänzt:

„Zur Feststellung des Beatmungsstatus bei Verlegung oder Entlassung überarbeitet das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Benehmen mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie die hierfür erforderlichen Mindestmerkmale des relevanten OPS-Kodes (8-716) oder erstellt einen Vorschlag für einen anderen geeigneten OPS-Kode jeweils bis spätestens zum 28.02.2020. Der OPS-Kode zu Feststellung des Beatmungsstatus enthält Mindestmerkmale, u. a. die Qualifikation des Arztes, der den Beatmungsstatus feststellt und die erforderlichen Beatmungsparameter.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 132a SGB V sollen der Regelungsauftrag der Partner der Bundesrahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege in Bezug auf die intensivpflegerische Versorgung sowie die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Bei den geplanten Änderungen handelt es sich um sachlogische Folgeänderungen aufgrund der neuen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 132i – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abgeben.
- b) Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt der Rahmempfehlungen durch eine von den Rahmenempfehlungspartnern zu bildende gemeinsame Schiedsstelle festgelegt werden. Die Schiedsstelle soll aus insgesamt acht Mitgliedern bestehen (zwei Vertreter der Krankenkassen, zwei Vertreter der vollstationären Pflegeeinrichtungen, zwei Vertreter der ambulanten Pflegeeinrichtungen und zwei unparteiische Mitglieder). Entscheidungen sollen mit einer Zweidrittelmehrheit, d.h. sechs von acht Stimmen, getroffen werden. Die unparteiischen Mitglieder sollen einvernehmlich von den Trägerorganisationen der Schiedsstelle bestimmt werden. Sofern dies nach Fristsetzung nicht gelingt, sollen sie durch das BMG bestellt werden.
- c) Die Krankenkassen sollen über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung Verträge mit Leistungserbringern schließen. Diese Verträge können nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Einhaltung der Rahmenempfehlungen gewährleisten. Hierzu sollen die Leistungserbringer u.a. Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten schließen, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Abs. 1 Satz 3 SGB V dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen. Außerdem ist die bedarfsrechte rehabilitative Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie durch Kooperationsvereinbarungen oder mit eigenem Personal zu gewährleisten und ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine unabhängige Schiedsperson bestimmt werden.
- d) Die Leistungserbringer sind zudem verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teilzunehmen.

B) Stellungnahme

Zu a)

Um eine einheitliche Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege zu erreichen, wird die beabsichtigte Neuregelung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf der Bundesebene begrüßt. Die in Abs. 1 vorgesehene Fristsetzung zur Abgabe der Rahmenempfehlungen bis zum 31.12.2020 ist vor dem Hintergrund der kompletten Neuarbeitung der Rahmenempfehlungen jedoch nicht realistisch. Neben Regelungen zur ambulanten Versorgung von Intensivpflegebedürftigen, die teilweise aus den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V übernommen werden können, ist auch die Versorgung in Wohneinheiten sowie in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu regeln. Vor dem Hintergrund, dass die Rahmenempfehlungen die Richtlinie des G-BA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V berücksichtigen sollen, würde den Rahmenempfehlungspartnern nach dem aktuellen Wortlaut des Referentenentwurfs lediglich eine Verhandlungszeit von 6 Monaten bleiben. Im Hinblick auf die umfangreichen Anforderungen zur Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege sowie der vorgesehenen Stellungnahmerechte von KBV und DKG ist eine Beratungszeit von mindestens einem Jahr erforderlich. Unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Verlängerung der Beratungszeit des G-BA (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2) ist der Beginn der Verhandlung über die Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege vor dem 01.01.2021 unrealistisch.

Abs. 2 enthält eine Aufzählung der insbesondere zu regelnden Inhalte der Rahmenempfehlungen, die grundsätzlich sachgerecht ist. Die Versorgungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich jedoch im Vergleich zur Versorgung in Wohneinheiten oder in der Häuslichkeit des Versicherten. Daher sind entsprechend den Ausführungen in der Begründung des Referentenentwurfs in den Rahmenempfehlungen für die verschiedenen Formen der Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege (Intensivpflege-Wohneinheiten, vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Häuslichkeit des Versicherten) jeweils spezifische Regelungen zu treffen. Allerdings spiegelt sich dieser Aspekt noch nicht in der Gesetzesformulierung wieder. Zur Vermeidung unterschiedlicher Interpretationen sollte dies im Gesetzeswortlaut klargestellt werden.

Die Aufzählung in Absatz 2 Nr.2 zu den Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sollte auch die Kooperationspartner nach Absatz 6 beinhalten. Daher ist eine Klarstellung notwendig. Die genannte Aufzählung der insbesondere zu regelnden Inhalte der Rahmenempfehlungen sollte zudem um Maßnahmen bei Vertragsverstößen ergänzt werden. Insbesondere der Bereich der

außerklinischen Intensivpflege war in den vergangenen Jahren vielfach in der Medienberichterstattung aufgrund von Abrechnungsbetrug und des Einsatzes von unzureichend und nicht vertraglich vereinbarten Personals. Daher sind Regelungen für Maßnahmen bei Vertragsverstößen, die bundeseinheitlich definiert werden, für die entsprechende Ahndung von Vertragsverstößen von besonderer Relevanz. Die insoweit nicht abschließende Aufzählung der Inhalte der Rahmenempfehlungen lässt zwar weitere Regelungen als die im Gesetz genannten zu. Eine gesetzliche Klarstellung würde jedoch erwartbar kontroverse Diskussionen über die Aufnahme entsprechender Regelungen verhindern.

Zu b)

Die Festlegung der Rahmenempfehlungsinhalte durch eine Schiedsstelle, für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt. Die Schaffung einer eigenständigen Schiedsstelle für die Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege ist sachgerecht.

Um eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu erreichen, sind aber Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die erforderliche Mehrheit für Beschlüsse erforderlich. Auch hinsichtlich der Bestimmung der unparteiischen Mitglieder und der Verordnungsermächtigung erscheinen Anpassungen notwendig.

Besetzung der Schiedsstelle

Neben den Interessen der Leistungserbringerseite müssen in einem Schiedsverfahren auch die Interessen der Versichertengemeinschaft angemessene Berücksichtigung finden. Die derzeit vorgesehene Besetzung der Schiedsstelle trägt diesem Umstand nicht ausreichend Rechnung.

Den Rahmenempfehlungspartnern werden Regelungsgegenstände übertragen, die zumindest mittelbar vergütungsrelevant sind. Da die Leistungserbringer- und Kostenträgerseite insbesondere bei vergütungsrelevanten Themen regelmäßig gegenläufige Interessen vertreten, erscheint die aktuell vorgesehene Besetzung (mit vier Leistungserbringervertretern und nur zwei Krankenkassenvertretern) problematisch.

In Kombination mit der zur Beschlussfassung vorgesehenen Zweidrittelmehrheit führt diese Besetzung dazu, dass sich die Kostenträgerseite selbst dann nicht gegen die Leistungserbringerseite durchsetzen könnte, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position

überzeugt hat. Spiegelbildlich könnte die Leistungserbringerseite jedoch sehr wohl gemeinsam mit den Stimmen der beiden Unparteiischen die geforderte Zweidrittelmehrheit erreichen und damit ihre Positionen in der Schiedsstelle durchsetzen.

Vorlage dieser Regelung ist vermutlich das im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V. Der Unterschied zu der nach § 132i Abs. 4 SGB V geplanten Schiedsstelle in der außerklinischen Intensivpflege besteht jedoch darin, dass bei dem Schiedsgremium nach § 89a Abs. 2 SGB V mit der KBV und der DKG zwei unterschiedliche Organisationen jeweils zwei Plätze erhalten, die teilweise gegenläufige Interessen vertreten.

Im Pflegebereich werden die stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Pflegeeinrichtungen in aller Regel (es gibt nur wenige Ausnahmen) von den gleichen Organisationen auf Bundesebene vertreten. So vertreten die Wohlfahrtsverbände als auch die privaten Pflegeorganisationen grundsätzlich sowohl die Interessen von ambulanten als auch von stationären Pflegeeinrichtungen. Da somit regelmäßig Personenidentität zwischen den Vertretern der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen vorliegen dürfte, zeichnen sich in der Praxis bereits Probleme hinsichtlich der konkreten Besetzung der Schiedsstelle ab. Dies betrifft insbesondere die Frage, ob ein Verband, der sowohl stationäre als auch ambulante Leistungserbringer vertritt, mit einem doppelten Stimmgewicht in beiden Leistungserbringerbänken vertreten sein darf. Das scheint – gerade mit Blick auf die fehlende Parität zwischen GKV und Leistungserbringern – problematisch.

Unabhängig von dieser Problematik sollen die Leistungserbringer im Vergleich zur GKV die doppelte Stimmanzahl erhalten. Es ist erfahrungsgemäß höchst unwahrscheinlich, dass die jeweiligen Vertreter von ambulanten und von stationären Pflegeeinrichtungen – die wie bereits ausgeführt je den gleichen Organisationen auf Bundesebene angehören können – in der Schiedsstelle divergierende Interessen vertreten und in Teilen mit der GKV stimmen. Im Ergebnis wären Mehrheitsentscheidungen gegen die Blockade der Leistungserbringer, selbst mit Zustimmung der Unparteiischen, nicht möglich. Die Leistungserbringer könnten mit dieser Konstruktion Forderungen gegen die GKV durchsetzen. Umgekehrt wird das nicht möglich sein. Das führt den Sinn und Zweck einer Schiedsstelle ad absurdum.

Um ein solches Ungleichgewicht zulasten der Kostenträgerseite zu beheben, ist eine paritätische Besetzung der Schiedsstelle erforderlich. So kann den gegenläufigen Interessen beider Seiten angemessen Rechnung getragen werden. Daher ist die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen spiegelbildlich zur Leistungserbringerseite auf vier zu erhöhen. Dadurch wird sichergestellt, dass Leistungserbringer und Kostenträger über gleiche Stimmgewichte verfügen und tatsächlich eine gleichmäßige Berücksichtigung der beteiligten Interessen möglich ist.

Zur Ermöglichung einer zügigen und effizienten Konfliktlösung ist es in diesem Zusammenhang zudem sachgerecht, die Positionen der beiden Unparteiischen durch eine Verdopplung des Gewichts ihrer Stimmen zu stärken und zugleich auf das Erfordernis einer Zweidrittelmehrheit zu verzichten.

Mehrheitsanforderungen und Stärkung der unparteiischen Mitglieder

Die vorgesehene Zweidrittelmehrheit birgt die erhebliche Gefahr einer „Sackgassensituation“, d.h. dass sich in der Schiedsstelle keine ausreichende Mehrheit findet. Selbst für den Fall, dass eine Partei beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt, wird nach der im Referentenentwurf vorgesehenen Regelung (wie dargestellt) die erforderliche Mehrheit verfehlt.

Dies wiegt vorliegend deshalb besonders schwer, weil der Entwurf für diese Situation bislang keinen Lösungsmechanismus vorsieht. Während etwa beim sektorenübergreifenden Schiedsgremium in § 89a Abs. 9 Satz 2 SGB V für eine solche „Sackgassensituation“ als Ausweg eine Alleinentscheidungsbefugnis der unparteiischen Mitglieder vorgesehen ist, fehlt eine entsprechende Regelung im hiesigen Referentenentwurf. Es droht daher die Gefahr, dass nach einem Scheitern der Verhandlungen die aktuell vorgesehene Regelung nicht zu einer zügigen Entscheidung durch die Schiedsstelle beiträgt, sondern vielmehr zu langwierigen Abstimmungsrunden führt. Dass am Ende überhaupt die für eine Festsetzung erforderliche Zweidrittelmehrheit tatsächlich erreicht werden kann, scheint jedenfalls ungewiss.

Vor dem Hintergrund, dass das vorrangige Ziel der Schiedsstelle die Herbeiführung einer Entscheidung zu den Rahmenempfehlungen ist, erscheint eine Zweidrittelmehrheit ohnehin weder erforderlich noch sachgerecht. Denn sie ist eher dazu geeignet, zeitnahe Entscheidungen zu verhindern statt sie zu ermöglichen. Entscheidungen sollten daher bereits mit einfacher Mehrheit der Stimmen herbeigeführt werden können.

Um beim Übergang auf eine einfache Mehrheit zu vermeiden, dass eine Partei allzu leicht überstimmt werden kann, kann eine Verdoppelung der Stimmen der beiden unparteiischen Mitglieder erfolgen. Die zwei unparteiischen Mitglieder würden damit über vier (der dann insgesamt zwölf) Stimmen verfügen und somit gleichberechtigt neben Leistungserbringern und Kostenträgern (nach unserem Vorschlag ebenfalls je vier Stimmen) an der Entscheidungsfindung mitwirken. Durch dieses stärkere Stimmgewicht der Unparteiischen wäre im Sinne des Minderheitenschutzes insbesondere sichergestellt, dass auch eine der beiden Leistungserbringerparteien alleine obsiegen kann, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position überzeugt. Als Folgeänderung wäre dann der in § 132i Abs. 4 Satz 11 SGB V

vorgesehene Verweis auf § 129 Abs. 9 Satz 4 SGB V (wonach jedes Mitglied eine Stimme hat) zu streichen.

Um bei Stimmgleichheit (sechs zu sechs Stimmen) eine drohende Pattsituation zu verhindern, sollte gleichzeitig vorgesehen werden, dass in solchen Fällen die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag gibt. Dies kann erreicht werden, indem der in § 132i Abs. 3 Satz 11 SGB V vorgesehene Verweis auf § 129 Abs. 9 Satz 6 SGB V erweitert wird.

Bestimmung der unparteiischen Mitglieder bei fehlender Einigung

§ 132i Abs. 4 Satz 9 SGB V ordnet an, dass die Bestellung der unparteiischen Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter durch das BMG erfolgt, wenn eine Einigung auch nach Fristsetzung nicht zustande kommt. Insofern sollte sprachlich klargestellt werden, dass diese ersatzweise Bestellung durch die Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, „soweit“ eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist. Schließlich ist es sehr wohl denkbar, dass die Trägerorganisationen sich auf einzelne unparteiische Mitglieder bzw. Stellvertreter einigen, während andere Besetzungen strittig bleiben.

Verordnungsermächtigung

§ 132i Abs. 4 Satz 10 SGB V sieht eine Verordnungsermächtigung zugunsten des BMG vor. Warum das BMG in dieser Verordnung ausdrücklich auch Regelungen zur Zahl der Mitglieder der Schiedsstelle treffen dürfen soll, ist nicht ersichtlich. Schließlich wird die Zahl der Schiedsstellenmitglieder bereits verbindlich vom Gesetzgeber durch die Regelung in § 132i Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgegeben. Vor dem Hintergrund, dass zu diesem Punkt eine Ergänzung durch den Ordnungsgeber kaum vorstellbar ist, sollte dieser Regelungsgegenstand aus der Verordnungsermächtigung gestrichen werden.

Zu c)

Nach § 132i Abs. 5 SGB V sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen über die außerklinische Intensivpflege Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern schließen. Mit der Streichung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Schaffung einer Spezialnorm gemäß § 37c SGB V (in unserem Vorschlag tritt der Artikel 1 Nr. 1 ab dem 01.01.2022 in Kraft), entfällt auch die vertragsrechtliche Grundlage für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 132a Abs. 4 SGB V. Selbst wenn die Richtlinie des G-BA und die Rahmenempfehlungen vor

der gesetzlichen Frist fertig gestellt werden, benötigen die Vertragspartner noch Verhandlungszeit insbesondere zur Regelung der Vergütung. Um keinen vertragslosen Zustand herbeizuführen, sollten die bestehenden Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur häuslichen Krankenpflege im Rahmen einer Übergangsfrist solange weiterlaufen, bis ein Vertrag nach § 132i Abs. 5 SGB V geschlossen wurde. Um einen zügigen Vertragsabschluss der Verträge nach § 132i Abs. 5 Nr. 3 SGB V sicherzustellen, sollte die Übergangsfrist jedoch nicht mehr als 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132i Abs. 1 SGB V gelten.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen dabei ausweislich der diesbezüglichen Begründung in besonders qualitätsgesicherten und regulierten Wohneinheiten erbracht werden. Die Krankenkassen können u.a. mit Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen, Verträge schließen. Für die qualitativ hochwertige Versorgung in den Wohneinheiten sind auch einheitliche Mindestanforderungen struktureller Art erforderlich. Daher wird vorgeschlagen, dies zum Regelungsinhalt der Rahmenempfehlungen nach Absatz 2 zu machen.

Kooperationsvereinbarungen

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen nur Verträge mit Leistungserbringern schließen können, die die Voraussetzungen erfüllen, die in Abs. 6 als „insbesondere“-Aufzählung genannt sind. Die dabei vorgesehene Regelung in Abs. 6 Nummer 1, dass die Leistungserbringer Kooperationsverträge mit spezialisierten Fachärzten insbesondere zur Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung schließen müssen, wird begrüßt. Dies soll dazu beitragen, das Potenzial der Entwöhnung und Dekanülierung stärker als bisher auszuschöpfen. Allerdings wird mit der Formulierung „spezialisierte Fachärzte“ nicht deutlich, welche Ärzte konkret gemeint sind. Daher schlagen wir vor, dass die Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten fachärztlichen Vertragsärzten oder Leistungserbringern nach § 108 SGB V zu schließen sind.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Leistungserbringer die bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten durch Kooperationsvereinbarungen zu gewährleisten haben. Insofern wird ausgeführt, dass es insbesondere um die Versorgung mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie geht. Der Begriff „rehabilitative Versorgung“ ist nicht sachgerecht, da er unterschiedliche Rechtsinterpretationen zulässt und in der Folge zu Fragen der Abgrenzung insbesondere zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V führen kann. Aufgrund der genannten Leistungen (Leistungen durch Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten) kann geschlussfolgert werden, dass die Versorgung mit Heilmitteln

nach § 32 SGB V gemeint ist, so dass dieser Begriff in den Gesetzeswortlaut aufgenommen werden sollte. Die im Referentenentwurf nicht näher konkretisierte Leistungserbringung (der Heilmittelversorgung) durch eigenes Personal kann in größeren vollstationären Pflegeeinrichtungen ggf. sachgerecht sein z.B. wenn diese von § 124 Abs. 5 SGB V umfasst ist, bedürfte aber noch einer Konkretisierung zu den Vertragsbeziehungen. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen wäre das nicht sachgerecht und würde möglicherweise die Abwerbung von Personal bei klassischen Heilmittelerbringern zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die Erbringung mit eigenem Personal im Gesetzentwurf zu streichen und die Heilmittelversorgung ausschließlich über Kooperationsvereinbarungen sicherzustellen.

Zu d)

Die Verpflichtung der Leistungserbringer auf ein internes Qualitätsmanagement sowie deren verpflichtende Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V und § 114 ff SGB XI werden begrüßt.

Des Weiteren soll die Anzeigepflicht von Leistungserbringern im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die Versicherte in organisierten Wohneinheiten intensivpflegerisch versorgen, in § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V folgerichtig gestrichen werden. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass Versicherte gemeinschaftliches Wohnen selbst organisieren und somit mehrere Versicherte mit Anspruch auf § 37c SGB V in einer zusammenhängenden häuslichen Umgebung durch Leistungserbringer nach § 132i Abs. 5 Nummer 3 SGB V versorgt werden. Darüber muss nicht zuletzt aufgrund der Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen Transparenz hergestellt werden, so dass eine Anzeigepflicht für diese Versorgungskonstellationen vorgesehen werden sollte.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 14 wird wie folgt geändert:

§ 132i Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ~~31. Dezember 2020~~ 31.

Dezember 2021 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

§ 132i Abs. 2 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

- (2) In den Rahmenempfehlungen sind für die jeweilige Form der Leistungserbringung nach Absatz 5 insbesondere zu regeln:
1. Personelle Anforderungen einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs,
 2. Strukturelle Anforderungen an organisierte Wohneinheiten nach Absatz 5 Nummer 1
 3. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus, den Kooperationspartnern nach Absatz 6 sowie mit weiteren Leistungserbringern,
 4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
 5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
 6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten und
 7. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.

§ 132i Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

- (4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus je zwei vier Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Pflegedienste sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die beiden unparteiischen Mitglieder haben je zwei Stimmen; jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. ⁶Die gemeinsame Schiedsstelle trifft die Entscheidung über den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt mit einer der einfachen Mehrheit von ~~zwei Dritteln~~ der Stimmen ihrer Mitglieder. Die

Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. ~~Kommt~~ Soweit eine Einigung nicht zu Stande kommt, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über ~~die Zahl und~~ die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 Sätze 1 bis 3 4 und 6 bis 7 sowie Absatz 10 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 132i Abs. 5 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

- (5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit
1. Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
 2. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder
 3. Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbringen. Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten solange fort, bis diese durch Verträge nach § 132i Absatz 5 abgelöst wurden; längstens jedoch für 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde der Krankenkasse innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

§ 132i Abs. 6 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

- (6) Verträge nach Absatz 5 können nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die

die Einhaltung der Rahmenempfehlungen nach den Absätzen 1 und 2 gewährleisten.
Hierzu haben die Leistungserbringer insbesondere

1. Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten fachärztlichen Vertragsärzten oder Leistungserbringern nach § 108 ~~Fachärzten~~ zu schließen, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 Satz 3 dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen,
2. die bedarfsgerechte ~~rehabilitative~~ Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln nach § 32 insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie durch Kooperationsvereinbarungen ~~oder mit eigenem Personal~~ zu gewährleisten und
3. ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Leistungserbringer, die mehrere Versicherte gemeinsam in einer zusammenhängenden häuslichen Umgebung versorgen, haben dies der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Durchführung und zum Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soll um den neuen Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege ergänzt werden.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung, dass auch die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unter die Regel- und Anlassprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 275b SGB V fallen, wird begrüßt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ergänzung der außerklinischen Intensivpflege noch nicht vollständig berücksichtigt wurde. So sind auch die entsprechenden Regelungen zur Qualitäts- und Abrechnungsprüfung des Elften Buches um den neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege zu ergänzen (s. unseren ergänzenden Änderungsbedarf unter Kapitel II).

Die vorgesehene Änderung zu Abs. 2 Satz 2 wird begrüßt. Der Verweis auf § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V ist folgerichtig, da nicht im Satz 12, sondern im Satz 14 die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten geregelt wird. Dadurch sind grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch den MDK in Wohneinheiten in der Übergangszeit sowohl bei Leistungserbringern, die noch nach § 132a Abs. 4 SGB V vertraglich gebunden sind als auch Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Satz 1 SGB V organisieren möglich. Dabei sollte im Gesetzeswortlaut des § 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V die in § 132i Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V verwendete Begrifflichkeit „organisieren“ anstelle der Begrifflichkeit „betreiben“ verwendet werden, damit nicht durch ein unterschiedliches Wording in den Bezugsvorschriften Rechtsunsicherheit entsteht.

Sofern bei den Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V Mängel durch den MDK festgestellt werden, fehlt es derzeit an einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen. Im Bereich der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI gibt es im § 115 Abs. 2 SGB XI eine entsprechende Vorschrift. Des Weiteren fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage analog des § 114 Abs. 4 Satz 4 SGB XI, um bei festgestellten Qualitätsdefiziten auch Wiederholungsprüfungen in Auftrag geben zu

können. Daher schlagen wir vor, analog der vorgenannten Regelungen im SGB XI auch im § 275b SGB V entsprechende Regelungen aufzunehmen.

Es bedarf außerdem einer Klarstellung, dass der MDK im Rahmen seiner Prüfungen befugt ist, bei Verträgen mit Krankenkassen zur außerklinischen Versorgung die Räumlichkeiten des Leistungserbringers der außerklinischen Intensivpflege zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und die personenbezogenen Daten zu erheben, zu verarbeiten und im erforderlichen Umfang zu nutzen.

Da die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege nach § 275b Abs. 1 Satz 5 SGB V fristgerecht abgegeben wurde, kann die gesetzliche Frist gestrichen werden.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 15 wird um folgende Änderungen ergänzt:

Buchstabe b) wird um folgende Doppelbuchstaben ergänzt:

cc) Nach dem Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich oder bei einer von einer Krankenkasse beauftragten Anlassprüfung von der zuständigen Krankenkasse eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 275b Absatz 3 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

dd) Satz 5 wird gestrichen

Buchstabe c):

Der Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt gefasst:

In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 ~~betreiben~~ organisieren“ eingefügt.

Buchstabe c) wird um einen Doppelbuchstaben ergänzt:

cc) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Verträge nach § 132a Absatz 4“ die Wörter „oder Verträge nach § 132i Absatz 5“ eingefügt.

Nach Buchstabe c) wird folgender Buchstabe d) ergänzt:

d) Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkasse nach Anhörung des Trägers des Pflegedienstes und der beteiligten Trägervereinigung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger des Pflegedienstes hierüber eine Mahnung und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V soll geregelt werden, dass Regelprüfungen des MDK bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V betreiben, grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Allerdings sollte anstelle der Begrifflichkeit „betreiben“ die Begrifflichkeit „organisieren“ verwendet werden (s. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 15)..

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird wie folgt gefasst:

„Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 organisieren ~~betreiben~~, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 17 – Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 17 Abs. 1b soll die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V für die Richtlinie zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, durch den neuen Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.

Der gesetzliche Auftrag zur Evaluation der Richtlinie zur Kostenabgrenzung gemäß der Sätze 4 und 5 wurde bereits umgesetzt, infolgedessen ist die Streichung des Auftrags und der Frist angezeigt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 3 wird folgende Nr. 2 ergänzt, die Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4:

2. § 17 Absatz 1b Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 82 – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI soll die Angabe „§ 37 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 37c des Fünften Buches“ ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Die außerklinische Intensivpflege soll regelhaft auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, erbracht werden. Der Anspruch nach § 37c Abs. 3 SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu Lasten der Krankenkasse soll die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege sowie die notwendigen Investitionskosten umfassen. Die Änderung in § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI, dass die Pflegevergütung bei stationärer Pflege die medizinische Behandlungspflege berücksichtigt, wenn kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V besteht, geht aufgrund des neuen darüberhinausgehenden Leistungsanspruchs der außerklinischen Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen fehl. Die Pflegevergütung nach § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI umfasst auch über die medizinische Behandlungspflege hinaus keinerlei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege. Daher sollte geregelt werden, dass die Pflegevergütung neben den Pflegeleistungen auch die Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege beinhalten, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V besteht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

2. § 82 Absatz 1 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„Sie umfasst auch die Betreuung und die medizinische Behandlungspflege, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf ~~Krankenpflege~~ außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches SGB V besteht ~~die medizinische Behandlungspflege~~.“

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 84 – Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI soll die Angabe „§ 37 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 37c des Fünften Buches“ ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Die außerklinische Intensivpflege soll regelhaft auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, erbracht werden. Der Anspruch nach § 37c Abs. 3 SGB V soll die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege sowie die notwendigen Investitionskosten umfassen. Die Änderung in § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, dass die Pflegesätze bei stationärer Pflege die medizinische Behandlungspflege umfassen, wenn kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V besteht, geht aufgrund des neuen darüberhinausgehenden Leistungsanspruchs der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Abs. 3 SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen fehl. Die Pflegesätze nach § 84 Abs. 1 SGB XI umfassen auch über die medizinische Behandlungspflege hinaus keinerlei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege. Des Weiteren wird durch § 84 Abs. 1 Satz 2 SGB XI bereits konkretisiert, dass in den Pflegesätzen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Daher sollte geregelt werden, dass die Pflegesätze neben den Pflegeleistungen auch die Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege beinhalten, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V besteht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

3. § 84 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für die Betreuung und, ~~soweit kein~~

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.09.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und
intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 66 von 73

~~Anspruch auf Krankenpflege nach § 37c SGB V besteht~~, für die medizinische Behandlungs-
pflege, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Bu-
ches besteht.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 1

§ 5 Abs. 3f (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die den Beatmungsstatus nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 lit. a) SGB V nicht feststellen oder die eine erforderlich Anschlussversorgung (z. B. in einer Weaningeinheit) nicht veranlassen, müssen einen Abschlag hinnehmen.

B) Stellungnahme

Die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung und Verlegung ist wichtig und wird begrüßt. Für die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten sieht der Entwurf eine Regelung in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in den Ländern vor. Diese Regelung wird abgelehnt, da auf diesem Wege unterschiedliche Festlegungen getroffen würden (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 12). Die intendierte Feststellung des Beatmungsstatus bei zu verlegenden oder zu entlassenden Beatmungspatienten muss bundeseinheitlich geregelt sein (ggf. über den entsprechenden OPS-Kode 8-716 Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung). Es wird daher vorgeschlagen, die Sanktion stattdessen an die Nichtkodierung eines geeigneten Kodes zu binden, um ein bundeseinheitliches Vorgehen zu sichern. Es handelt sich bei dem Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nummer 8 um eine Sanktion. Die Festlegung dieser Sanktion sollte durch den Gesetzgeber erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

In § 5 wird nach Absatz 3d folgender geänderter Absatz 3f angefügt:

(3f) Ein Abschlag von eintausend Euro ist für vollstationäre Krankenhausfälle mit einem Aufnahmedatum ab dem 01.01.2021 in jeder Schlussrechnung eines Krankenhauses rechnungsmindernd auszuweisen, wenn auf Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 eine Feststellung des Beatmungsstatus ausgewiesen durch einen geeigneten OPS-Kode nicht erfolgt oder die Mindestmerkmale des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus nicht erfüllt wurden. Sollte keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgen, ist die Krankenkasse berechtigt, diesen Abschlag vom Rechnungsbetrag abzusetzen.“

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 2

§ 6 Abs. 2a Satz 5 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Einfügung eines weiteren Satzes in § 6 Abs. 2a KHEntgG erlaubt die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Zusatzentgeltes für Weaningeinheiten.

B) Stellungnahme

Weaningeinheiten an Krankenhäusern sind keine Intensivstationen. Sie können daher oft keine Beatmungstunden abrechnen oder intensivmedizinische Komplexbehandlungen erbringen. Dies resultiert nicht selten in einer Mindervergütung von Weaningeinheiten, weil nur geringer bewertete DRGs abgerechnet werden können, die Patienten aber einen hohen, insbesondere personellen Aufwand verursachen. Die Möglichkeit, auf Hausebene ein Zusatzentgelt zu vereinbaren, ist daher zielführend und wird begrüßt, weil sie einen Anreiz zu einer frühen Verlegung in diese Einheiten und gegen eine Langzeitbeatmung setzt. Ist die Abrechnung eines solchen Zusatzentgeltes ausschließlich für Weaningeinheiten beabsichtigt, wäre dies durch entsprechende Vorgaben sicherzustellen. Das DIMDI sollte daher einen OPS-Kode erstellen, der die Mindestanforderung für Weaningeinheiten festlegt.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zu der in Artikel 4 Nr. 2 vorgeschlagenen Regelung wird in § 17b Abs. 1 KHG folgenden Satz 14 angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt im Benehmen mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Deutschen Gesellschaft für Pneumologie einen OPS-Kode, der die Mindestmerkmale einer Weaningeinheit, unter anderem die Qualifikation des Arztes und technische Anforderungen, bis zum 01.07.2020 festlegt.“

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 3

§ 9 Abs. 1a – Vereinbarungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum 31.08.2020 soll das Nähere über die Höhe und Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser geregelt werden, die keine Feststellung des Beatmungsstatus vornehmen oder eine erforderliche Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht veranlasst haben.

B) Stellungnahme

50 % der Patienten mit primärem Weaningversagen können durch eine Behandlung in einer Weaningeinheit vor einem Weaningversagen bewahrt werden.¹

Krankenhäuser, die ihren Patienten eine solche Behandlung vorenthalten, müssen sanktioniert werden, weil sie nicht nur die Solidargemeinschaft durch die Folgekosten erheblich schädigen, sondern, wichtiger noch, weil sie ihren Patienten eine sehr hohe Chance der Entwöhnung von der Beatmung versagen. Die Entwöhnung vom Respirator verbessert überdies die Lebenserwartung.²

Die Kopplung der Feststellung der Beatmungsstatus an die Landesverträge nach § 112 SGB V wird abgelehnt (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 3). Ebenso ist die Regelung zur Ausnahme vom Verlegungsabschlag durch Verordnung einer Krankenhausbehandlung nicht zielführend (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 12).

Der Abschlag für fehlende Feststellung der Beatmungsstatus sollte an die Nichterfüllung der Mindestmerkmale eines OPS-Kodes geknüpft sein. Die Höhe des Abschlages sollte vom Gesetzgeber festgelegt werden, weil es sich um eine Sanktion handelt. Die Ausnahme vom Verlegungsabschlag greift nur bei Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS-Kodes.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
- b) Nach Nummer 7 werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

¹ Vgl. Schönhofer B, Euteneuer S, Nava S et al.: Survival of mechanically ventilated patients admitted to a specialised weaning centre. *Intensive Care Med* 2002; 28: 908-916.

² Dto.

- „8. bis zum 31.08.2020 das Nähere zu den Voraussetzungen und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, wenn die Mindestanforderung des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus nach § 17b Absatz 1 Satz 13 KHG erfüllt sind;
9. bis zum 31.08.2020 eine Festlegung in der Fallpauschalenvereinbarung zur Ausnahme vom Verlegungsabschlag, wenn die Mindestmerkmale des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus nach § 17b Absatz 1 Satz 13 KHG erfüllt sind und in eine Weaningeinheit nach § 17b Absatz 1 Satz 14 KHG verlegt wurde.“

Artikel 5 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Die Regelungen zur Streichung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V (s. Artikel 1 Nr. 1) sollen zum 01.01.2021 in Kraft treten. Die Anzeigepflicht von Wohneinheiten gegenüber den Krankenkassen nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V und die Änderung der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sollen zum letzten Tag des 36. Monats nach Verkündung des Gesetzes gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Wie bereits ausgeführt, sind die im Referentenentwurf genannten Fristen zur Erstellung der Richtlinie durch den G-BA sowie zur Abgabe von Rahmenempfehlungen nach § 132i SGB V zu kurz bemessen (s. unsere Stellungnahmen zu Artikel 1, Nr. 2, a und Artikel 1, Nr. 14, b). Entsprechend unserer Vorschläge zur Verlängerung der Fristen sollte Artikel 1 Nr. 1 zum 01.01.2022 in Kraft treten.

In Abhängigkeit davon, ob unser Vorschlag zu Artikel 1 Nummer 2 übernommen und damit die Übergangsfrist des § 37c Abs. 2 Satz 4 SGB V gestrichen wird, sind die Auswirkungen auf die Inkrafttretensregelung zu überprüfen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Abs. 2 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

Artikel 1 Nummer 1 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 27 – Krankenbehandlung

A) Bisherige Regelung

§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V regelt den Inhalt der Krankenbehandlung bisher wie folgt:

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

B) Stellungnahme

Da die außerklinische Intensivpflege nach den Regelungen des neuen § 37c SGB V eine eigenständige Leistung werden soll, sollte die entsprechende enumerative Aufzählung im § 27 Abs. 1 SGB V entsprechend ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 27 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„4. Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und außerklinische Intensivpflege“

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 114 – Qualitätsprüfungen

A) Bisherige Regelung

§ 114 Abs. 2 Satz 9 SGB XI hat bisher folgende Fassung:

„Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden.“

B) Stellungnahme

Die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege sollen verpflichtet werden, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teilzunehmen. Da diese unter die Qualitätsprüfung nach § 275b SGB V oder § § 114 ff SGB XI fallen können, sind Änderungen zur Berücksichtigung der Leistungen nach § 37c SGB V erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 114 Absatz 2 Satz 9 SGB XI werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und die nach § 37c des Fünften Buches erbrachten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.